UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AGGLUTINATION DU COL UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Décembre 1920

PAR

Charles MOREL

Né à Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), le 29 avril 1893

CROIX DE GUERRE (1 palme, 4 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, professeur.
RICHE, agrégé.
DELMAS (Paul), agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AGGLUTINATION DU COL UTÉRIN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AGGLUTINATION DU COL UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Décembre 1920

PAR

Charles MOREL

Né à Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), le 29 avril 1893

CROIX DE GUERRE (1 palme, 4 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, professeur.
RICHE, agrégé.
DELMAS (Paul), agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	DERRIEN	DOYEN.
	FORGUE (O ✲)	ASSESSEUR.
	N...	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (✲)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲) ⚸.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (⚸)
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	VEDEL.
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino	MOURET.

Doyens honoraires : MM. VIALLETON, MAIRET.
Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).
Secrétaires honoraires : MM GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲, ⚸, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN. ✲, ⚸, a. l. (ch de c.)
Pathologie externe	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale	N...
Stomatologie	WATON ✲ (⚸), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	MESTREZAT
LEENHARDT.	RUZIERE.	LAPEYRE.
GAUSSEL. (✲ ⚸).	J. DELMAS (⚸).	MARGAROT.
RICHE (✲)	RIMBAUD ✲.	STROHL.

Examinateurs de la thèse

MM. VALLOIS, professeur, *président.*	MM. RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	DELMAS (Paul), agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE DOCTEUR MADON

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Nous n'oublierons jamais qu'après nous avoir prodigué pendant près d'un an les conseils de son amitié, il voulut bien nous fournir le thème de notre thèse inaugurale et nous aider à la mener à bien.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES ET CAMARADES
DES FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE
DE LILLE, ANGERS, NANTES ET MONTPELLIER

C. MOREL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

C. MOREL.

AVANT-PROPOS

Monsieur le docteur Madon, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, ayant eu l'obligeance de nous confier, il y a quelques mois, une observation d'agglutination de l'orifice externe du col utérin, observation qui fit l'objet d'une récente communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, nous avons pensé qu'il serait intéressant de consacrer notre thèse à l'étude de cette cause de dystocie.

Bien que traitée en quelques lignes dans tous les ouvrages classiques, l'agglutination est souvent méconnue et confondue avec les autres causes de dystocie d'origine cervicale, notamment avec l'oblitération cicatricielle.

Celà tient sans doute à la rareté des observations. En compulsant, en effet, les registres de la Maternité de Montpellier, nous n'avons pu en découvrir que deux exemples et nos recherches ont cependant porté sur vingt années comprenant plus de six mille observations.

Nous avons donné à notre travail, la forme d'une étude d'ensemble de l'agglutination. Après un bref exposé historique, nous passerons à l'étiologie et à la pathogénie, fort obscures, de cette affection; nous nous étendrons plus longuement sur la symptomatologie et le diagnostic différentiel en insistant surtout sur le danger de confondre l'agglutination avec la déviation du col et la dilatation complète. Nous envisagerons ensuite le pronostic et le traitement,

fort simple, de cette cause de dystocie et nous terminrons en exposant, pour illustrer notre travail, les trois cas d'agglutination du col que nous avons pu recueillir dans le service de la Maternité de Montpellier.

Nous ne saurions, enfin, commencer notre thèse sans remercier vivement Monsieur le professeur Vallois d'en avoir bien voulu accepter la présidence. Nous lui sommes également très reconnaissant de nous avoir autorisé à compulser les Archives de la clinique obstétricale et à publier les deux observations inédites que nous avons trouvées dans son service.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AGGLUTINATION DU COL UTÉRIN

HISTORIQUE

Les anciens accoucheurs, soit en France, soit à l'étranger, semblent avoir ignoré l'agglutination de l'orifice externe du col utérin, et la connaissance de cette cause de dystocie est assez récente.

Portal, au XVII[e] siècle, en signale bien un cas et en fournit l'observation, mais cette observation est considérée comme fausse par certains auteurs.

Smellie en relate un autre cas.

Armand dit bien avoir trouvé le col fermé par une membrane, mais nous ne pouvons savoir s'il s'agissait d'un cas d'adhérence des membranes à l'orifice externe, d'une agglutination proprement dite, telle que l'entend Nœgelé, ou de la présence d'une bride cicatricielle cervicale.

Mme Lachapelle, dans un premier mémoire, glisse rapidement sur l'obstruction du col par des « mucosités épaisses et gélatineuses », mais, en 1821, elle y revient plus lon-

guement dans son X^e^ Mémoire, et, pour la première fois, se sert du mot agglutiné pour désigner l'état du col dans cette cause de dystocie : « Nous avons vu quelquefois, dit-elle, ce même orifice externe ou vaginal, en quelque sorte obstrué par des mucosités gélatineuses et épaisses, se dissimuler aux recherches de l'accoucheur de telle sorte que le vagin semblait terminé par un cul-de-sac sans ouverture ; nous l'avons vu alors assez fortement *agglutiné* pour ne s'ouvrir et se dilater qu'après de vives et longues douleurs et après un amincissement excessif des parois environnantes, de telle sorte qu'au premier abord on eut pu croire que les membranes de l'œuf séparaient seules du doigt de l'accoucheur la tête du fœtus ».

Il semble d'ailleurs qu'elle n'ait observé que des cas bénins qui ne demandent aucune intervention de la part de l'accoucheur car elle conseille l'expectation pour tout traitement.

Deux autres observations nous sont fournies par Voigtel.

Enfin, en 1835, Nœgelé en réunit seize cas dans un travail d'ensemble, publié à Heidelberg, et le premier en donne une observation complète.

Pour lui, l'agglutination de l'orifice externe est due à la présence d'une « fausse membrane ou trame filamenteuse très peu résistante, cédant à la pression du doigt ; elle ressemble beaucoup à cette matière qui sert d'union entre le placenta et l'utérus, à celle qui unit le poumon et la plèvre costale ou les intestins entre eux et avec la paroi abdominale lorsque l'inflammation se termine par adhérences ».

En 1860, Depaul traite ce sujet dans un mémoire intitulé « De l'oblitération du col chez la femme en couches et de l'opération qu'elle réclame », et en reparle fréquemment.

Hecker observa un cas tout à fait particulier mais qui, à

notre avis n'est pas une agglutination proprement dite: un néoplasme qui partait de la caduque avait déterminé la soudure de l'orifice utérin avec les membranes; c'était un prolongement en forme de langue s'étendant de l'orifice aux enveloppes de l'œuf.

Mattéi, en 1862, fait à l'Académie de médecine un rapport ayant pour titre « De la dystocie par oblitération du col ». Il en réunit quarante-deux observations dont dix-neuf sont nettement des agglutinations qui, selon lui, seraient dues à l'épaississement du mucus.

Depuis Tarnier qui lui consacre un paragraphe, l'agglutination de l'orifice externe du canal cervical figure dans tous les traités d'accouchement à l'article « Dystocies provenant des parties molles », mais la rareté des faits nous explique pourquoi bien des auteurs ne traitent ce sujet qu'en quelques lignes.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Tandis que l'oblitération du col utérin reconnaît le plus souvent pour cause la métrite chronique, les interventions chirurgicales, les tentatives criminelles d'avortement, le traumatisme obstétrical et surtout les cautérisations, l'agglutination, en revanche, a une étiologie encore fort obscure.

La *primiparité* semble cependant jouer un certain rôle dans la production de cette cause de dystocie. Les trois femmes dont nous rapportons les observations à la fin de cette thèse, étaient toutes des primipares. Sur sept observations réunies par Lutaud dans sa thèse inaugurale, nous en trouvons trois concernant des primipares, c'est-à-dire près de la moitié des cas, et deux concernant des secondipares, dont les accouchements antérieurs dataient de sept ans pour la première et de dix-sept ans pour la seconde.

Cette influence de la primiparité s'explique assez facilement, car l'orifice externe dilaté et déchiré pendant l'accouchement, reste par la suite plus perméable et ses lèvres sont en contact moins intime et, par conséquent, moins agglutinables.

Parmi les antécédents gynécologiques des femmes qui présentèrent, au cours du travail, l'agglutination de l'orifice externe du col utérin, on note assez fréquemment la *dysménorrhée.*

Les deux femmes qui font l'objet de nos observations I et III étaient dysménorrhéiques; quant à celle dont nous relatons l'accouchement dans l'observation II, elle était d'une inintelligence telle qu'il fut impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement sur son passé pathologique et sur l'évolution de sa grossesse.

Cette dysménorrhée a été constatée par de nombreux accoucheurs, mais elle est loin d'être constante et bien souvent la lecture des observations ne fournit aucun renseignement. Cependant, nous sommes convaincu qu'un interrogatoire plus serré aurait montré chez ces femmes quelques pertes blanches ou quelques troubles menstruels.

Nous ne signalons que pour mémoire la « *dysménorrhée obstructive* » des gynécologues américains. Ce serait une sorte de lésion congénitale, pouvant être limitée à l'orifice externe, et laissant seulement perméable un petit pertuis fort mince permettant l'écoulement du flux menstruel ainsi que la pénétration du spermatozoïde allant féconder l'ovule. Mais il n'existe aucune observation bien nette de cette affection qui, dans tous les cas, ne pourrait expliquer l'agglutination chez les multipares.

Quant au processus suivant lequel se produit l'agglutination, il nous est complètement inconnu, ainsi que la nature des modifications du bouchon muqueux.

Les rares auteurs qui traitèrent cette question se sont contentés d'émettre des hypothèses. Cela s'explique facilement, car l'agglutination a rarement provoqué la mort avant l'expulsion du fœtus. Cazeaux seul, à notre connaissance, a pu faire l'autopsie d'une femme morte pendant le travail. Mais il semble qu'il se soit plutôt trouvé en présence d'une oblitération cicatricielle.

De plus, il est impossible de prélever pendant le travail un fragment du col à fin de biopsie, et c'est ce qui explique

qu'aucune recherche histologique n'ait jamais été faite à ce sujet.

Wallich signale cependant l'œdème des lèvres du col et la congestion des tissus, lésions en somme assez banales et qui peuvent être normalement déterminées par le travail.

M. Courneuve a pu observer une infiltration leucocytaire assez intense.

M. Rudaux observa, en 1905, un cas tout à fait particulier : le placenta était inséré sur le segment inférieur et, quelques temps avant l'accouchement, une hémorragie s'était produite. Le plasma sanguin avait sans doute envahi le bouchon muqueux et la fibrine s'était probablement organisée, agglutinant les lèvres du col.

Assez fréquemment, on a noté que les membranes étaient adhérentes au col, très tendues derrière l'orifice utérin agglutiné et gênant sa dilatation par le fait même de leur adhérence. Cette adhérence, dans un cas observé par M. Boissard, était telle que l'accoucheur fut obligé de les décoller circulairement avec le doigt pour permettre à la dilatation de se faire normalement.

Nœgelé eut l'occasion de constater la *présence d'une fausse membrane* très peu résistante, qui réunissait entre elles les lèvres du col. « En voulant examiner la femme, dit-il dans une de ses observations, on sentit que le col ne se dilatait pas, mais qu'on venait de rompre une membrane, une trame filamenteuse qui tenait agglutinés les rebords de l'orifice ». Cette fausse membrane a été vue ou perçue au toucher digital par plusieurs obstétriciens, notamment par Mattéi et Dubois. Elle existait nettement chez la femme qui fait l'objet de notre observation II et fut déchirée facilement avec le doigt.

Mais parfois le processus agglutinant est beaucoup

moins intense. Ce furent sans doute ces cas, observés par Mme Lachapelle, où le frêle obstacle du bouchon muqueux agglutiné fut vaincu par les contractions utérines sans intervention de la part de l'accoucheur.

Dans tous ces cas, Nœgelé et, à sa suite, la plupart des obstétriciens, notamment Mattéi, admettent un épaississement du bouchon gélatineux qui, normalement, comble le canal cervical à la fin de la grossesse.

La muqueuse du col sécrète, en effet, un mucus spécial qui, normalement, s'écoule extérieurement au début du travail. Sous certaines influences pathologiques, notamment d'un léger degré d'infection microbienne, cette muqueuse, plus ou moins lésée, peut laisser filtrer une légère quantité de sérum sanguin riche en fibrine et quelques leucocytes. La fibrine peut alors se coaguler, déterminant ainsi un épaississement du bouchon muqueux, et même s'organiser et agglutiner l'orifice externe par un processus analogue à celui que nous signalons plus haut dans le cas observé par M. Rudaux. La prédilection de cette lésion pour l'orifice inférieur s'expliquerait par ce fait qu'étant plus externe, il est plus facilement exposé aux infections et, d'autre part, le col s'effaçant de haut en bas, il n'est soumis que le dernier aux efforts des contractions utérines.

Ce n'est là, nous nous empressons de l'ajouter, qu'une simple hypothèse qui demande à être vérifiée par l'histologie.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

L'agglutination de l'orifice externe du col utérin est généralement méconnue au cours de la grossesse et c'est seulement au moment du travail que l'on constate cette cause de dystocie. Tarnier, cependant eut l'occasion d'en faire le diagnostic pendant la grossesse chez une femme de son service, diagnostic qui fut d'ailleurs vérifié au moment de l'accouchement, mais c'est là une exception très rare et presque toujours cette anomalie, ignorée antérieurement, est découverte en plein travail.

Le début du travail est normal, cependant on ne note pas l'expulsion du bouchon muqueux. Les douleurs apparaissent peu intenses, assez éloignées, puis, elles se rapprochent et deviennent plus fortes.

Mais, à partir d'un moment donné, lorsque l'effacement est complet, le travail n'avance pas, la femme s'épuise. Certains auteurs ont noté que les douleurs avaient alors un caractère spécial et qu'elles différaient de celles de la dilatation et de l'expulsion.

Parfois, les contractions utérines, ainsi que l'a vu Mme Lachapelle, peuvent vaincre l'obstacle et l'accouchement se termine spontanément; mais, dans les cas plus graves, lorsque l'on n'intervient pas, l'utérus peut se tétaniser ou bien, au contraire, ces violents efforts l'épuisent, les douleurs s'espacent et l'on a bientôt l'inertie utérine complète.

L'examen direct au toucher ou à la vue donne des renseignements plus précis.

Le doigt introduit dans le vagin permet d'en constater la sécheresse : il n'est pas lubrifié comme normalement, par l'expulsion du bouchon muqueux, et les membranes, intactes derrière l'orifice utérin agglutiné, n'ont pas laissé échapper leur contenu. Cette sécheresse du vagin, constatée chez une femme manifestement en travail, peut déjà faire songer, sinon à l'agglutination, du moins à l'oblitération du conduit cervical.

Si nous poussons plus loin l'investigation digitale, nous arrivons sur le segment inférieur, distendu par la poche des eaux et la présentation, et formant une masse lisse, arrondie et rénittente engagée plus ou moins dans l'excavation.

En explorant alors soigneusement le segment inférieur, et en particulier les culs-de-sac, on est frappé de ne pas trouver de trace du col et celà surprend d'autant plus qu'un toucher antérieur pratiqué avant l'effacement a permis de constater sa présence. Complètement effacé, il a pris la même consistance que tout le segment inférieur dont il est presque impossible de le différencier ; tous ses tissus sont amincis et tendus ; rien, souvent, ne peut indiquer la place où fut le col.

Parfois, on arrive cependant à délimiter un petit tubercule, une zone plus amincie ou même une légère dépression à la place du col effacé. Ce fut le cas pour les parturientes qui font l'objet de nos observations II et III.

Mais bien souvent, et ce fait fut notamment constaté dans notre observation I, le toucher digital ne donne absolument aucun résultat. Il faut recourir à l'examen visuel à l'aide du spéculum ou mieux encore de deux valves. Il est alors possible d'apercevoir une zone de couleur différente

ou bien une petite dépression de la grosseur d'une tête d'épingle (la comparaison se trouve dans des observations d'origines diverses), dernier vestige de l'orifice cervical agglutiné.

Cet examen ne saurait avoir la valeur de celui qui se fait avec le doigt, car il est impossible d'explorer à la vue les culs-de-sac où le col se dissimule en cas de dilatation succiforme. C'est pour celà qu'il est bon, lorsque le toucher digital ne donne aucun renseignement, d'avoir recours au toucher manuel après dilatation du conduit vaginal, si besoin sous anesthésie.

Mais ce diagnostic est difficile et l'accoucheur peut rester longtemps hésitant.

Le segment inférieur, distendu par le travail, est souvent si mince qu'il a pu être pris pour les *membranes*.

Croyant la dilatation complète alors qu'elle n'était même pas amorcée, on a essayé de rompre ce segment inférieur pris pour la poche des eaux. Parfois, le segment inférieur coiffe si bien la présentation que l'on a cru avoir affaire à une tête fœtale non recouverte par les membranes. Dans un cas rapporté par Budin, dans ses cliniques de 1889, le médecin tenta de faire une application de forceps, mais se contenta, fort heureusement, de l'introduction de la première cuiller qu'il retira aussitôt, devant les cris de douleur de la parturiente.

On comprend facilement les délabrements considérables que peut entraîner une prise de forceps sur le segment inférieur. C'est pour éviter une telle erreur qu'il est bon de chercher à l'aide du toucher, les bords de l'orifice utérin, de pénétrer au fond des culs-de-sac et de les explorer soigneusement. Si l'on est en présence d'une poche des eaux on sent une membrane rénittente qui bombe pendant les contraction et le doigt peut généralement arriver sur l'ori-

fice externe dilaté et repoussé contre les parois pelviennes; dans le cas de distension du segment inférieur, le doigt pénètre dans les culs-de-sac profonds autour de la présentation. De plus, fait qui a son importance, on ne peut arriver à saisir l'oreille du fœtus entre deux doigts. Il ne faudra donc jamais faire d'application de forceps et exercer des tractions sans être sûr que la tête est prise, bien prise et surtout seule prise, renseignements qui seront fournis par le toucher.

On ne confondra pas non plus l'oblitération du col avec un *cloisonnement transversal du vagin* situé plus ou moins haut: le toucher vaginal montrerait alors que, de chaque côté, les culs-de-sac se terminent à faible distance de la vulve, et on trouverait généralement un petit orifice derrière lequel se dissimule le col ou le segment inférieur.

Chez les *primipares âgées*, l'orifice externe peut mettre très longtemps à se distendre, mais comme il n'est pas oblitéré, les glaires s'écoulent normalement.

Velpeau niait l'agglutination, comme du reste l'oblitération, et prétendait que si l'on n'avait pas trouvé le col, c'est qu'on n'avait pas su le chercher.

Il est bien vrai que la *déviation du col* et la *dilatation sacciforme* existent plus souvent que l'agglutination. Aussi est-il toujours bon d'y songer, lorsqu'on ne trouve pas l'orifice cervical à sa place normale, afin de ne pas léser le segment inférieur par une intervention intempestive.

Cette erreur eut lieu dans un cas rapporté par Depaul dans les les *Archives de tocologie*, en 1876: le segment inférieur fut incisé et la parturiente qui avait un placenta prævia mourut d'hémorragie. L'autopsie montra que le col était situé dans le cul-de-sac antérieur.

Il faudra donc toujours, et nous ne saurions trop insister sur ce point, examiner à fond les culs-de-sac, y passer

et repasser le doigt qui touche, ne laisser aucun point inexploré. La déviation en haut et en arrière est la plus fréquente, surtout chez les grandes multipares, on devra donc y songer. Le col peut également se cacher très haut derrière le pubis, comme dans le cas de Depaul : il faudra donc, si la chose est impossible autrement, mettre la femme en position genu pectorale pour atteindre plus facilement le fond du cul-de-sac antérieur.

N'oublions pas enfin que l'agglutination peut coexister avec la dilatation sacciforme et la déviation du col utérin.

On confondra difficilement l'agglutination avec la *rigidité* anatomique, spasmodique, spécifique, ou cancéreuse, où le col est nettement perceptible et prend souvent, selon la comparaison classique, la consistance de cuir bouilli.

Il sera souvent plus délicat de distinguer l'agglutination de l'*oblitération cicatricielle* de l'orifice externe, et l'on peut confondre facilement ces deux causes de dystocie, ce qui, fort heureusement, au point de vue pronostic et traitement, n'a pas une très grande importance. Pour certains auteurs, l'agglutination ne serait d'ailleurs que le premier stade de l'oblitération cicatricielle. Quoi qu'il en soit, les antécédents fourniront de précieux renseignements : le col oblitéré par une cicatrice a souvent été traumatisé et l'on note alors, dans le passé des parturientes, des interventions chirurgicales, des tentatives criminelles d'avortement ou des cautérisations.

Cette cause de dystocie est plus rare depuis que l'on a abandonné la thérapeutique par les caustiques (caustique de Vienne, nitrate d'argent, pâte de Canquoin, etc.), d'un usage courant autrefois.

L'oblitération cicatricielle n'empêche pas toujours l'expulsion des eaux ou du bouchon muqueux : il peut, en effet,

exister une simple bride allant d'une lèvre à l'autre et ne fermant pas complètement le col.

D'autre part, au toucher, on arrive plus facilement à découvrir les vestiges du col oblitéré : on trouve à sa place une zone de tissus cicatriciels, d'étendue variable et généralement assez nette.

Enfin, détail important, quelques pressions exercées avec le doigt, ou bien un simple grattage, permettront de forcer l'entrée de l'orifice utérin en cas d'agglutination. Dans l'oblitération cicatricielle, au contraire, pour arriver au même résultat, nous devrons souvent recourir à une intervention chirurgicale et le col résistera aux efforts du doigt de l'accoucheur.

Notons enfin, pour terminer, que bien souvent, cherchant à se rendre compte de la nature de l'oblitération, on sent les doigts vaincre la frêle résistance du bouchon muqueux agglutiné et pénétrer dans la cavité utérine. On est alors amené à poser le diagnostic d'agglutination en même temps que l'on en fait le traitement.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de l'agglutination varie avec le degré de l'affection et la précocité de l'intervention.

Elle n'a aucune influence sur l'évolution de la grossesse et cette cause de dystocie ne se révèle qu'au moment du travail.

L'enfant souffre en général fort peu : les membranes sont intactes et, à l'aise dans le liquide amniotique, il court en somme peu de risques.

Il n'en est pas toujours de même pour la mère. Certes, dans les cas légers, l'agglutination finit par céder spontanément aux contractions utérines, mais cette solution naturelle est loin d'être la règle.

Dans les cas graves, l'utérus se fatigue, s'épuise et l'on ne tarde pas à voir paraître bientôt tout le tableau de l'inertie utérine.

Parfois, au contraire, les contractions augmentent d'intensité, se rapprochent, deviennent subintrantes, et l'utérus peut en quelque sorte se tétaniser. La femme court alors tous les risques de la rupture utérine, rupture qui siège, de préférence, sur le segment inférieur, *Pars minoris resistantiæ*, suivant l'expression de Doleris. Le segment inférieur distendu n'offre en effet qu'une faible résistance et l'on comprend qu'il puisse se rompre sous la poussée de son contenu. Souvent limitée au col, cette rup-

ture peut s'étendre au corps utérin, aux parois vaginales, à la vessie, entraînant de gros délabrements. Mais elle ne survient qu'après un long et douloureux travail et l'accoucheur qui sait la prévoir doit l'éviter en intervenant à temps.

Le traitement est en général fort simple. Les accoucheurs conseillent souvent d'attendre, car l'agglutination peut céder aux contractions. Cependant, le traitement est tellement aisé et si dépourvu de risques qu'il nous semble inutile de prolonger le travail et les douleurs de la mère.

Les anciens accoucheurs intervenaient volontiers en incisant le segment inférieur. Cependant, ils ne tardèrent pas à remarquer combien l'orifice externe aggluliné, qui résiste pourtant aux contractions utérines, cède facilement à une simple pression digitale.

Pression à l'aide de l'index ou grattage de la région que l'on suppose être le col, voilà en quoi se résume le traitement pour Nœgelé, Greuser, Cazeaux, Tarnier et tous les accoucheurs modernes. A la simple pression, on combine un léger « mouvement de vrille » du doigt et l'on est surpris de voir combien l'agglutination disparaît aisément.

L'intervention est d'autant plus facile que la présentation est plus engagée : le bouchon muqueux pris entre elle et le doigt se désagrège aussitôt. Si la présentation est au contraire élevée, il peut arriver que l'on éprouve plus de peine à pénétrer dans l'orifice utérin car le doigt n'a plus de plan résistant devant lui. On pourra alors attendre que la présentation s'engage plus profondément, ou, comme le conseille Pinard, placer un spéculum et sous le contrôle de la vue, saisir, à l'aide d'une pince, la région où siège l'orifice externe et la maintenir solidement. A l'aide d'un instrument mousse, il sera alors facile de désagréger le bouchon muqueux.

Il arrive souvent qu'en pénétrant dans l'orifice utérin on perfore en même temps les membranes. Il faudra autant que possible éviter cet accident car la poche des eaux est le dilatateur de choix.

Cependant, si l'on n'a pu empêcher la rupture des membranes, ou bien si le temps presse, on dilatera l'orifice externe par les procédés habituels et on laissera l'accouchement se terminer spontanément. Si les circonstances l'exigent on pourra recourir à une prise de forceps ou à quelque autre intervention.

Notons enfin que, l'accouchement terminé, il sera bon de rester longtemps auprès de la femme de crainte d'une hémorragie par inertie utérine, accident toujours à redouter lorsque le travail a été long et pénible, ce qui s'est produit chez la femme qui fait l'objet de notre observation I où une hémorragie a nécessité une délivrance artificielle.

OBSERVATIONS

Observation Première

Clinique obstétricale de Montpellier, service de M. le professeur Vallois
(Due à l'obligeance de M. le docteur Madon)

Femme, âgée de 35 ans, primigeste, sans profession.

Les antécédents héréditaires ou personnels sont sans intérêt, il n'est relevé ni spécificité, ni affections du col, ni surtout de cautérisation de cet organe.

Menstruation à 13 ans, règles régulières, douloureuses, d'une durée de sept à huit jours.

Les dernières règles remontaient au début d'août 1919, la grossesse a évolué normalement.

La parturiente est entrée à la clinique en travail et n'aurait pas été examinée par un médecin pendant sa grossesse; nous n'avons donc aucun renseignement sur l'état du col durant la gestation.

Le travail aurait débuté dans la nuit du 7 au 8 mai 1920 et dans la matinée du 8 la femme aurait perdu un peu de liquide amniotique (?)

Le 9 mai, au matin, la sage-femme qui assiste la parturiente, fait appeler un médecin parce que le col, complètement effacé, ne se dilate pas et ne présente pas de trace d'orifice. Le médecin décide de faire entrer la parturiente à la Maternité. La femme entre à la clinique le 9 mai à 5

heures du soir. En l'absence de M. le professeur Vallois, M. Madon, chef de clinique, est immédiatement appelé.

La femme présente un bon état général malgré la durée du travail, la température est à 37°5, le pouls à 72.

Le palper est rendu impossible par l'intensité et la fréquence des contractions utérines. La hauteur utérine est de 34 centimètres, les bruits du cœur sont bien frappés à gauche.

Le toucher confirme l'impression de la sage-femme et du médecin: le doigt atteint immédiatement une calotte tendue au travers de laquelle on perçoit nettement la tête engagée. En en faisant soigneusement le tour, ni en avant, ni latéralement, ni surtout en arrière, il n'est possible d'atteindre le col ou de percevoir le tubercule ou la petite dépression signalés par les classiques qui correspondraient à l'orifice externe oblitéré. Dans ces conditions, on se demande s'il ne faudrait pas avoir recours à une hystérotomie soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, intervention rendue possible par l'absence d'infection.

Mais avant toute opération, il est nécessaire de se rendre compte de visu de l'état des choses. Deux valves mises en place montrent un vagin sec, occupé par une tuméfaction arrondie et régulière sur laquelle on aperçoit un bourrelet transversal qui pourrait être un vestige du col.

En raison de l'état d'agitation de la femme, il avait été déjà nécessaire de recourir à l'anesthésie par l'éther goutte à goutte.

En appuyant avec insistance au dessous de ce bourrelet, on sent le doigt progresser peu à peu et pénétrer dans la cavité utérine. La dilatation est alors facilement amenée aux dimensions d'une pièce de un franc et se complète rapidement par le procédé de Bonnaire.

L'accouchement est terminé par une application de for-

ceps banale sur une tête en occipito iliaque gauche antérieure.

L'enfant, du sexe féminin, né étonné, est facilement ranimé. Son poids est de 3 kil. 200.

Une hémorragie assez abondante nécessite une délivrance artificielle. Les suites de couches furent normales: la mère et l'enfant quittèrent le service, bien portants, au quinzième jour.

Le diagnostic en pareil cas peut se débattre entre deux causes de dystocie qu'il est bien difficile de séparer: l'oblitération proprement dite et l'agglutination. Ce dernier diagnostic s'imposait en raison de ce fait que de simples pressions exercées avec l'index ont permis de vaincre l'obstacle, ce qui aurait été impossible ou plus difficile en cas d'une oblitération.

Observation II

Clinique obstétricale de Montpellier, service de M. le professeur Vallois

(Inédite)

Femme âgée de 27 ans, primigeste, exerçant la profession de charbonnière.

Cette femme étant très inintelligente, il est impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents.

Tout ce que l'on peut savoir; c'est qu'avant sa grossesse, ses règles étaient régulières et indolores.

Entrée dans le service depuis le 4 novembre 1907. Elle croit avoir dépassé le terme de sa grossesse, mais elle ne peut préciser la date de la dernière époque menstruelle. L'utérus est à 38 centimètres au-dessus du pubis.

Le 28 janvier, à 11 heures du soir, elle sent quelques douleurs, mais ne prévient qu'à 5 heures du matin.

Au palper, on trouve un sommet mobile en O I D. Les bruits du cœur sont bons. Le col est effacé, mais fermé. Les contractions sont intenses, mais espacées.

A 6 heures du matin, Mlle Bazin, sage-femme en chef, confirme le diagnostic fait par l'élève de service. En pratiquant le toucher elle trouve le col effacé ; l'orifice utérin est oblitéré par une membrane très mince qu'elle déchire facilement. Elle peut alors introduire le doigt et sentir la poche des eaux qui paraît volumineuse. Le sommet semble vouloir s'amorcer en O. I. D. P. La femme est transportée à la salle d'accouchement.

A 9 heures, la dilatation est de 2 francs. Le sommet est bien appliqué en O. I. D. P. On atteint les deux fontanelles. Les contractions sont intenses et bien rapprochées. Les bruits du cœur sont perçus à droite.

A 9 h. 10, la dilatation est de 5 francs ; à 9 h. 30, d'une petite paume. On atteint toujours les deux fontanelles.

A 10 h. 30, dilatation complète. La poche des eaux est volumineuse.

A 10 h. 45, rupture artificielle des membranes. Il s'écoule 145 grammes de liquide fortement teinté en vert. Le sommet est fléchi, les bruits du cœur sont bien frappés.

A 11 h. 10, la tête est à mi-excavation, toujours en O. I. D. P. et en asynclitisme antérieur.

A 2 heures, la tête ne fait pas de progrès, le liquide est de plus en plus verdâtre.

A 3 heures, la tête est dans la partie inférieure de l'excavation en O. I. D. A.

A 3 h. 45, la tête est toujours en O. I. D. A., bien fléchie. M. Vallois fait une application de forceps oblique quant au bassin et régulière quant à la tête et dégage en occipito-publienne.

A 4 heures, délivrance naturelle.

L'enfant, du sexe féminin, en bon état physique, pèse 3 kil. 480.

Suites de couches normales; la mère et l'enfant, tous deux bien portants, quittent le service le 28 février 1908.

Observation III

Clinique obstétricale de Montpellier, service de M. le professeur Vallois

(Inédite)

Femme de 18 ans, primigeste, profession: domestique.

Antécédents personnels: fièvre typhoïde à 15 ans; réglée à 13 ans; règles régulières durant cinq à six jours; pertes blanches.

Date des dernières règles: du 20 au 25 juillet 1914.

Evolution de la grossesse: normale.

Elle entre à la Maternité, le 13 avril 1915. Apparition des premières douleurs le 7 mai, à 11 heures du soir.

La parturiente entre à la salle d'accouchement, le 8 mai à midi. Hauteur de l'utérus: 30 centimètres. Au palper : sommet engagé en position gauche. Bruits du cœur bons à gauche.

Au toucher, on ne sent pas le col, les culs-de-sac droit et antérieur sont très courts, on arrive difficilement au cul-de-sac postérieur, mais on ne délimite pas le cul-de-sac gauche. Le segment inférieur est mince et bombe pendant les contractions. La tête est engagée en O. I. G. P.

A 4 heures, malgré des contractions énergiques, on ne constate aucune modification. M. Vallois, prévenu, trouve à gauche de la ligne médiane, une partie plus amincie, qu'il croit être le col. Il la gratte, le tissu cède et bientôt l'orifice utérin atteint le diamètre de 5 francs. Les membranes se rompent, la tête s'applique bien sur la dilatation.

Pendant toute la nuit, contractions assez rapprochées et bruits du cœur bons.

Le 9 mai, à 6 heures du matin, même état.

A 9 h. 30, à gauche, le col semble brider la tête tandis qu'à droite il est souple et se dilate.

A 10 h. 40, M. Vallois complète assez facilement la dilatation avec les doigts de la main droite glissés entre la tête et le col.

A 12 h. 15, rotation faite, tête sur le périnée.

A 12 h. 30, expulsion en occipito-pubienne.

A 12 h. 55, délivrance naturelle.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2 kil. 800 et son état physique est satisfaisant.

Suites de couches normales; la mère et l'enfant quittent le service le 25 mai 1915, tous deux bien portants.

CONCLUSIONS

L'agglutination du col utérin, connue surtout depuis les travaux de Nœgelé, est une cause classique de dystocie, relativement rare, mais que l'accoucheur doit avoir toujours présente à l'esprit.

Si l'étiologie et la pathogénie de l'oblitération sont simples à concevoir, il est moins facile d'expliquer l'agglutination : cette affection se rencontrerait surtout chez les primipares et les femmes dysménorrhéiques ; elle serait due en général à une épaississement du bouchon muqueux dans lequel on noterait quelquefois une infiltration leucocytaire.

Chaque fois qu'après l'effacement le col ne se dilatera pas, le diagnostic sera facile à la condition de pratiquer un examen sérieux qui éliminera en particulier la déviation du col par dilatation sacciforme. Le diagnostic entre l'agglutination et l'oblitération sera moins aisé, souvent l'évolution ou le traitement permettront seuls de l'élucider. Il est rare que le toucher ou l'examen à la vue ne révèlent pas un tubercule, une légère dépression ou tout autre rudiment du col.

Le traitement, le diagnostic de non dilatation porté, est facile. Quelquefois, spontanément l'obstacle à la dilatation cèdera sous la seule influence des contractions. Dans les autres cas, l'index appuyé avec insistance, mais avec prudence, sur le point correspondant au col, suffira à amorcer la dilatation qui, dès lors, progressera rapidement.

Le pronostic est bénin dès que le diagnostic est porté. Il ne pourrait s'assombrir que si le traitement n'était pas institué en temps utile ou si une erreur de diagnostic induisait l'accoucheur à une intervention injustifiée dont le résultat, on le comprend, serait désastreux.

BIBLIOGRAPHIE

Boyer. — Contribution à l'oblitération du col utérin chez les femmes en couches. *Thèse Paris,* 1890.

Budin. — Leçons de clinique obstétricale, 1889.

Cazeaux et Tarnier. — *Traité d'accouchements,* 1837.

Depaul. — *Archives de tocologie,* 1876.

Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'accouchements.*

Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements,* t. III, X^e^ mémoire.

Lutaud. — L'agglutination du col utérin pendant l'accouchement. *Thèse Paris,* 1908.

Madon. — Société des sciences médicales de Montpellier, 18 nov. 1920.

Mattéi. — *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris,* 1862.

Nœgleé. — Mogostocia a conglutinatione orif. uteri ext. Heidelberg, 1835.

Rossel. — Du col de l'utérus pendant l'accouchement.

Rudaux. — *Archives générales de médecine,* 1904.

Taurin. — Du rétrécissement cicatriciel du col utérin. *Th.* Paris, 1890.

Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchements.*

Wallich. — Société obstétricale et gynécologie. fév. 1890.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 4 décembre 1920.
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 3 décembre 1920.
Le Doyen :
E. DERRIEN.